

Teil B **Produktbezogene Bedingungen für die Gothaer Privat** **Unfallversicherung Premium**

(Stand 10/2022)

Inhaltsverzeichnis

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten.....	3
Leistungen der Gothaer Privat Unfallversicherung Premium im Überblick.....	5
Produktbezogene Bedingungen Gothaer Privat Unfallversicherung Premium	
§ 1 Was ist versichert?.....	9
§ 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?.....	15
§ 3 Generell mitversicherte Leistungen ohne Mehrbeitrag.....	20
§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?.....	38
§ 5 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?.....	44
§ 6 Nicht versicherbare Personen.....	45
§ 7 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?.....	46
§ 8 Was müssen Sie nach einem Unfall beachten? (Obliegenheiten).....	48
§ 9 Welche Folgen haben die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?.....	49
§ 10 Wann sind die Leistungen fällig?.....	49
§ 11 Die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander.....	50
§ 12 Kündigung nach Versicherungsfall.....	51
§ 13 Kündigung bei dauerhaftem Umzug ins Ausland.....	51
§ 14 Anpassung der Beiträge an das Lebensalter der versicherten Person.....	51
§ 15 Mehrpersonennachlass.....	53
§ 16 Beitragsverzicht bei Arbeitslosigkeit.....	53
§ 17 Wechselgarantie.....	54
Informationen zu Ihrem Gothaer Garantie-Paket.....	55

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick über die Gothaer Privat Unfallversicherung. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen und den konkreten Versicherungsumfang finden Sie in den Vertragsunterlagen:

- **Versicherungsantrag**
 - **Versicherungsschein**
 - **Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen der Gothaer Privat**
- Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Unfallversicherung.



Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind Unfälle. Ein Unfall liegt z.B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt. Dafür bieten wir insbesondere folgende Leistungsarten:

Geldleistungen

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z.B. Bewegungseinschränkungen),
- ✓ Einmalige Geldleistung im Todesfall,
- ✓ Regelmäßige Rente bis zum 70. Geburtstag oder lebenslange Rente bei besonders schweren Beeinträchtigungen durch einen Unfall,
- ✓ Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen,
- ✓ Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze,
- ✓ Kostenersatz für kosmetische Operationen.

Dienstleistungen

- ✓ Häusliche Hilfe in der ersten Zeit nach einem Unfall (z.B. Pflege, Menüservice, Haushaltshilfe),
- ✓ Professionelles Rehabilitationsmanagement.

Welche Leistungen konkret versichert sind, können Sie den Vertragsunterlagen entnehmen.

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Die Höhe der Versicherungssummen und der versicherten Leistungen können Sie den Vertragsunterlagen entnehmen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten (z.B. Diabetes, Gelenksarthrose),
- ✗ Kosten für die ärztliche Heilbehandlung,
- ✗ Sachschäden (z.B. Brille, Kleidung).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

! Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Unfälle durch Drogenkonsum,
 - ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat,
 - ! Unfälle durch die Teilnahme an Rennveranstaltungen mit Motorfahrzeugen,
 - ! Bandscheibenschäden.
- ! Wenn Unfallfolgen und Krankheiten zusammentreffen, kann es zu Leistungskürzungen kommen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen im Versicherungsantrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Sie müssen uns einen Berufswechsel so bald wie möglich anzeigen, damit wir den Vertrag anpassen können.
- Nach einem Unfall müssen Sie sofort einen Arzt aufsuchen und uns über den Unfall informieren.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins und der Zahlungsaufforderung zahlen. Wann Sie die Folgebeiträge zahlen müssen, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen. (SEPA-Lastschrift-Mandat).



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Beitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Andernfalls beginnt der Versicherungsschutz mit der Zahlung. Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr? Dann verlängert er sich automatisch um jeweils ein Jahr. Ausnahme: Sie oder wir haben den Vertrag gekündigt.

Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von drei Jahren oder mehr? Dann können Sie Ihren Vertrag zum Ende des dritten Jahres kündigen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie oder wir können den Vertrag zum Ablauf der zunächst vereinbarten Vertragsdauer und zum Ablauf jedes Verlängerungsjahres kündigen. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragsdauer erfolgen.

Außerdem können Sie und wir den Versicherungsvertrag unter bestimmten Voraussetzungen vorzeitig kündigen. Das ist zum Beispiel nach einem Schadenfall möglich.

Leistungen der Gothaer Privat Unfallversicherung Premium im Überblick.



Für alle aufgeführten Leistungen gilt: Der vollständige Umfang und die vollständigen Informationen ergeben sich nur aus dem nachfolgenden Abschnitt der produktbezogenen Bedingungen für die Gothaer Privat Unfallversicherung Premium. Sofern weitere individuelle Vereinbarungen getroffen sind, finden Sie die Details hierzu in den Besonderen Bedingungen (Teil C).

Leistungen	Fundstelle
Unfallbegriff und versicherte Unfallfolgen	
Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen	§ 1 Ziffer 1.3.1
Unfreiwilliger Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug	§ 1 Ziffer 1.3.2
Unfreiwillige Erfrierungen, Sonnenbrände, Sonnenstiche	§ 1 Ziffer 1.3.3
Höhenkrankheit	§ 1 Ziffer 1.3.4
Explosions- und sonstige Druckwellen	§ 1 Ziffer 1.3.5
Mechanische, chemische oder elektrische Einwirkung	§ 1 Ziffer 1.3.6
Erhöhte Kraftanstrengung	§ 1 Ziffer 1.4.1
Bauch und Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung	§ 1 Ziffer 1.4.1.1
Gesundheitsschäden durch Eigenbewegungen	§ 1 Ziffer 1.4.1.2
Gesundheitsschäden durch ausströmende Gase und Dämpfe	§ 1 Ziffer 1.4.2
Unfälle unter Wasser einschließlich tauchtypischer Gesundheitsschäden	§ 1 Ziffer 1.4.3
Kosten für eine Behandlung in einer Dekompressionskammer	§ 1 Ziffer 1.4.3.1
Infektionen nach Durchtrennung der äußeren Hautschicht	§ 1 Ziffer 1.4.4
Infektionen nach Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten	§ 1 Ziffer 1.4.4.1
Versicherung bestimmter Infektionskrankheiten (IMMUN-Klausel)	§ 1 Ziffer 1.4.4.2
Allergische Reaktionen	§ 1 Ziffer 1.4.4.3
Strahlenschäden	§ 1 Ziffer 1.4.5
Lebensmittelvergiftungen	§ 1 Ziffer 1.4.6.1
Vergiftungen aufgrund der Verwechslung mit Lebensmitteln	§ 1 Ziffer 1.4.6.2
Vergiftungen durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund	§ 1 Ziffer 1.4.6.3
Unfälle durch Trunkenheit Beim Lenken eines KFZ bis unter 1,5 ‰.	§ 4 Ziffer 4.1.1.1
Unfälle durch einen diabetischen Schock	§ 4 Ziffer 4.1.1.2
Unfälle durch Schlafwandeln	§ 4 Ziffer 4.1.1.3
Unfälle durch Medikamente	§ 4 Ziffer 4.1.1.4
Unfälle durch Herzinfarkt, Schlaganfall, epileptische Anfälle und Krampfanfälle	§ 4 Ziffer 4.1.1.5
Unfälle durch Herz- /Kreislaufstörung oder Schwindel	§ 4 Ziffer 4.1.1.6
Unfälle durch KO-Tropfen oder Ecstasy	§ 4 Ziffer 4.1.1.7
Unfälle bei inneren Unruhen Wenn versicherte Person nicht als Urheber oder in Ausübung der beruflichen Tätigkeit verwickelt war.	§ 4 Ziffer 4.1.2
Fahren von Motorfahrzeugen ohne Fahrerlaubnis Gilt für versicherte Personen unter 18 Jahren.	§ 4 Ziffer 4.1.2.1
Unfälle beim Umgang mit selbstgebauten Feuerwerkskörpern Gilt für versicherte Personen unter 18 Jahren.	§ 4 Ziffer 4.1.2.2
Passives Kriegsrisiko Versichert für 30 Tage nach erstmaliger Veröffentlichung einer Reisewarnung.	§ 4 Ziffer 4.1.3

Terroranschläge	§ 4 Ziffer 4.1.3
Luftfahrtunfälle Gilt für Flugschüler und Fluggäste.	§ 4 Ziffer 4.1.4
Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen Gilt für Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten	§ 4 Ziffer 4.1.5
Freizeitfahrten mit Gokarts auf öffentlichen Kartbahnen	§ 4 Ziffer 4.1.5
Psychische und nervöse Störungen	§ 4 Ziffer 4.2.1.1
Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut	§ 4 Ziffer 4.2.2
Schädigungen der Bandscheibe sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen Wenn überwiegende Ursache ein Unfall ist.	§ 4 Ziffer 4.2.5
Bauch- und Unterleibsbrüche Wenn die überwiegende Ursache ein Unfall ist.	§ 4 Ziffer 4.2.6
Invaliditätsleistung	
Eine Invaliditätsleistung oder eine Unfallrente muss mindestens Inhalt des Vertrags sein.	§ 2 Ziffer 2.1
Eintritt der Invalidität 24 Monate nach dem Unfall	§ 2 Ziffer 2.1.1.2
Feststellung der Invalidität 30 Monate nach dem Unfall	§ 2 Ziffer 2.1.1.2
Geltendmachung der Invalidität 30 Monate nach dem Unfall	§ 2 Ziffer 2.1.1.3
Neubemessung der Invalidität Dem Versicherungsnehmer und der Gothaer steht das Recht bis zu 3 Jahre zu; bei Kindern unter 14 Jahren steht dem Versicherungsnehmer und der Gothaer das Recht 5 Jahre zu.	§ 10 Ziffer 10.4
Eintritt der Invalidität bei versicherten Infektionen 3 Jahre nach dem Unfall	§ 1 Ziffer 1.4.4
Feststellung der Invalidität bei versicherten Infektionen 3 Jahre nach dem Unfall	§ 1 Ziffer 1.4.4
Geltendmachung der Invalidität bei versicherten Infektionen 3 Jahre und 3 Monate nach dem Unfall	§ 1 Ziffer 1.4.4
Neubemessung der Invalidität bei Infektionen Dem Versicherungsnehmer und der Gothaer steht das Recht bis zu 4 Jahren zu; bei Kindern unter 14 Jahren steht dem Versicherungsnehmer und der Gothaer das Recht 5 Jahre zu.	§ 1 Ziffer 1.4.4
Progressionsstufen Optional versicherbar: 225 %, 350 %, 500 %, 600 %	Sofern vereinbart, siehe Teil C - Besondere Bedingungen
Gliedertaxen XL oder XXL	Sofern vereinbart, siehe Teil C - Besondere Bedingungen
Unfallrente	
Optional versicherbare Leistung	Sofern vereinbart, siehe Teil C - Besondere Bedingungen
Dauer der Leistung Bis 70 Jahre oder lebenslang	Sofern vereinbart, siehe Teil C - Besondere Bedingungen
Tagegeld	
Optional versicherbare Leistung	§ 2 Ziffer 2.2
Dauer der Leistung Je nach Vereinbarung mit Leistungsbeginn ab 8., 15. oder 43. Tag bis zu einem Jahr ab Unfalltag	§ 2 Ziffer 2.2.2

Krankenhaustagegeld	
Optional versicherbare Leistung	§ 2 Ziffer 2.3
Dauer der Leistung <ul style="list-style-type: none"> • bei vollstationärem Aufenthalt: Bis zu 5 Jahre ab dem Tag des Unfalls; über das zweite Unfalljahr hinaus, wenn die vollstationäre Heilbehandlung zur Entfernung des eingebrachten Osteosynthese-Materials (z.B. Schrauben, Drähte) dient. • bei ambulanten Operationen: für 5 Tage • bei unfallbedingter Kurzzeitpflege: bis 90 Tage 	§ 2 Ziffer 2.3.2
Doppeltes Krankenhaustagegeld im Ausland Bis 5 Jahre	§ 2 Ziffer 2.3.2.1
Genesungsgeld	
Optional versicherbare Leistung	§ 2 Ziffer 2.4
Dauer der Leistung Bis zu 750 Tage	§ 2 Ziffer 2.4.2
Todesfalleistung	
Optional versicherbare Leistung	§ 2 Ziffer 2.5
Ableben infolge eines Unfalls Innerhalb von 24 Monaten ab dem Tag des Unfalls.	§ 2 Ziffer 2.5.1
Todesfalleistung bei Verschollenheit	§ 2 Ziffer 2.5.1
Generell mitversicherte Leistungen ohne Mehrbeitrag	
Sofortleistung bei schweren Verletzungen	§ 3 Ziffer 3.1
Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze (Bergungskosten) Bis 1.000.000 Euro	§ 3 Ziffer 3.2
Kosten für kosmetische Operationen Bis 1.000.000 Euro	§ 3 Ziffer 3.3
Kosten der Zahnbehandlung nach einem Unfall Bis 50.000 Euro	§ 3 Ziffer 3.4
Komageld 50 Euro je Tag für max. 100 Tage	§ 3 Ziffer 3.5
Versicherungsschutz für das ungeborene Leben Todesfalleistung von 5.000 Euro	§ 3 Ziffer 3.6
Beitragsfreie Weiterführung der Kinder-Unfallversicherung bei Tod des Versicherungsnehmers	§ 3 Ziffer 3.7
Versorgung des Partners Bei Tod des Versicherungsnehmers oder des Ehe- oder Lebenspartners	§ 3 Ziffer 3.8
Lebensretter-Unfallversicherung	§ 3 Ziffer 3.9
Helmklausel Zusätzliche Invaliditätsleistung von 10.000 Euro	§ 3 Ziffer 3.10
Rooming-in	§ 3 Ziffer 3.11
Beitragsfreie Mitversicherung von neugeborenen leiblichen Kindern oder von Adoptivkindern	§ 3 Ziffer 3.12
Beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern	§ 3 Ziffer 3.13
Reha- und Kurbeihilfe Bis zu 25.000 Euro	§ 3 Ziffer 3.14
Behinderungsbedingte Mehraufwendungen Bis zu 50.000 Euro	§ 3 Ziffer 3.15
Psychologische Soforthilfe nach Raubüberfall / Geiselnahme / schwerem Unfall	§ 3 Ziffer 3.16.1
Invalidität oder Tod durch Medikamentenentzug bei Entführung oder Geiselnahme	§ 3 Ziffer 3.16.2

Rehamanagement	§ 3 Ziffer 3.17
Vollwaisenrente Monatliche Rente von 500 Euro	§ 3 Ziffer 3.18
Doppelte Todesfalleistung für Vollwaisen Mindestens 10.000 Euro, maximal 50.000 Euro	§ 3 Ziffer 3.19
Nachhilfeunterricht 50 Euro je Tag für max. 50 Tage	§ 3 Ziffer 3.20
Erholungsgeld Einmalig 500 Euro	§ 3 Ziffer 3.21
Haushaltshilfegeld 75 Euro je Tag, max. 7.500 Euro	§ 3 Ziffer 3.22
Gipsgeld Einmalig 200 Euro	§ 3 Ziffer 3.23
Zerstörung von Zahnersatz Bis zu 5.000 Euro	§ 3 Ziffer 3.24
Kosten für kosmetische Operationen nach krebsbedingter Amputation der Brust Bis zu 15.000 Euro	§ 3 Ziffer 3.25
Beitragsverzicht bei Arbeitslosigkeit	§ 16
Leistungskürzung bei Krankheiten und Gebrechen	
Mitwirkungsanteil Verzicht auf eine Anrechnung einer Mitwirkung. Wirken aber abschließend aufgezählte Krankheiten an den Unfallfolgen mit, wird die Leistung ab einem Mitwirkungsanteil von 50 % gekürzt.	§ 5 Ziffer 5.2
Garantien	
Wechselgarantie	§ 17
Bedingungsgarantie und Innovationsklausel	Gothaer Garantie-Paket
Wählbare Bausteine	
CuraPlus Hilfs- und Pflegeleistungen in heimischer Umgebung.	Sofern vereinbart, siehe Teil C - Besondere Bedingungen
KinderZusatzschutz Besondere Leistungen für Kinder und Jugendliche.	Sofern vereinbart, siehe Teil C - Besondere Bedingungen
KnochenZusatzschutz Einmalzahlung in der gewählten Höhe bei Knochenbrüchen.	Sofern vereinbart, siehe Teil C - Besondere Bedingungen

Produktbezogene Bedingungen für die Gothaer Privat Unfallversicherung Premium

§ 1 Was ist versichert?

Der Versicherungsschutz ist abhängig von den mit uns vereinbarten Leistungen (siehe hierzu § 2). Er ist ferner abhängig von den Versicherungssummen, die sie zu den Leistungen mit uns vereinbart haben.

Er ist auch abhängig von der mit uns vereinbarten Gliedertaxe und von weiteren mit uns vereinbarten Besonderen Bedingungen (z.B. für eine progressive Invaliditätsstaffel oder für eine Unfallrente oder für den KnochenZusatzschutz).

Die von Ihnen mit uns vereinbarten

- Leistungen und
- Versicherungssummen und
- Besonderen Bedingungen

gehen aus dem Versicherungsschein und dessen Nachträgen hervor.

Dort finden Sie auch die mit uns vereinbarte Gliedertaxe.

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Wo und wann gilt der Versicherungsschutz?

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr

1.3 Was ist ein Unfall?

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein

- plötzlich
- von außen
- auf ihren Körper
- wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Schädigung ihrer Gesundheit

erleidet.

Die Unfreiwilligkeit wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet.

1.3.1 Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen

Schädigungen der Gesundheit der versicherten Person

- bei der rechtmäßigen Verteidigung oder
- der Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen

gelten als unfreiwillig und fallen somit unter den Versicherungsschutz.

1.3.2 Unfreiwilliger Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug

Ein unfreiwilliger

- Flüssigkeitsentzug und/oder
- Nahrungsmittelentzug und/oder
- Sauerstoffentzug

fällt unter den Versicherungsschutz.

1.3.3 Unfreiwillige Erfrierungen, Sonnenbrände, Sonnenstiche

Als Folge eines Unfallereignisses fallen

- Erfrierungen oder
- Sonnenbrände oder
- Sonnenstiche

unter den Versicherungsschutz.

1.3.4 Höhenkrankheit

Eine Gesundheitsschädigung durch ein

- Höhenlungenödem (HAPE) oder
- Höhenhirnödem (HACE)

aufgrund einer akuten Höhenkrankheit (AMS) fällt unter den Versicherungsschutz.

1.3.5 Explosions- oder sonstige Druckwellen

Eine Gesundheitsschädigung durch eine

- Explosionswelle oder
- sonstige Druckwelle

fällt unter den Versicherungsschutz.

1.3.6 Mechanische, chemische oder elektrische Einwirkung

Eine Gesundheitsschädigung durch eine

- mechanische oder
- chemische oder
- elektrische

Einwirkung fällt unter den Versicherungsschutz.

1.4 Welche Erweiterungen gelten darüber hinaus?

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine **erhöhte Kraftanstrengung**

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder Wirbelsäule verrenkt

Hierzu ein Beispiel:

Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.

- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt,
- Menisken oder sonstige Knorpel schädigt,
- einen sonstigen Schaden an Gliedmaßen oder Wirbelsäule zuzieht

Hierzu ein Beispiel:

Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.

Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Bandscheibenschäden werden deshalb von dieser Regelung nicht erfasst.

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung. Der Muskeleinsatz geht hierbei über die

normalen Handlungen des täglichen Lebens

- im Alltag oder
- im Beruf oder
- beim Sport

hinausgeht.

Maßgeblich für das Vorliegen einer erhöhten Kraftanstrengung sind dabei die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

1.4.1.1 Bauch und Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person

- Bauch- und Unterleibsbrüche verursacht werden oder
- aufgrund von Vorwölbungen von Bauchorganen (z.B. Darm oder Darmnetz) bisher unerkannte Bauch- und Unterleibsbrüche erstmalig erkennbar werden.

Eine ggf.

- vorher bestehende,
- angeborene oder
- erworbene Schwächung

der Bauchwand oder Erweiterung des Leistenkanals rechnen wir nicht im Sinne von § 5 "Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?" an.

1.4.1.2 Eigenbewegungen

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine Eigenbewegung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt,
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln zerrt oder zerreißt,
- Menisken oder sonstige Knorpel schädigt,
- Knochenbrüche zuzieht,
- einen sonstigen Schaden an Gliedmaßen oder Wirbelsäule zuzieht.

Ausgeschlossen bleiben Bandscheibenschäden.

Hierzu ein Beispiel:

Eine Eigenbewegung ist immer eine von der versicherten Person selbst ausgelöste Bewegung, die dann zu einer Gesundheitsschädigung führt. Etwa ein Bänderriss beim Joggen.

1.4.2 Gesundheitsschädigung durch ausströmende Gase und Dämpfe

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch die Einatmung plötzlich ausströmender

- Gase,
- Dämpfe,
- Dünste,
- Staubwolken,
- Säuren oder
- anderer gesundheitsschädlicher Stoffe.

Als plötzlich gilt ein Zeitraum von bis zu 7 Tagen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen

- unbewusst oder
- unentrinnbar

ausgesetzt war.

Berufs- und Gewerkrankheiten bleiben ausgeschlossen.

1.4.3 Unfälle unter Wasser einschließlich tauchtypischer Gesundheitsschäden

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person unter Wasser unfreiwillig

- erstickt oder
- ertrinkt oder
- einen tauchtypischen Gesundheitsschaden erleidet

Als tauchtypische Gesundheitsschäden gelten z.B.

- die Caissonkrankheit
- Verletzungen des Trommelfells

1.4.3.1 Kosten für eine Behandlung in einer Dekompressions-Kammer

Erleidet die versicherte Person während eines Tauchvorgangs einen tauchtypischen Gesundheitsschaden, so übernehmen wir die Kosten der Behandlung in einer Dekompressions-Kammer bis zu einer Höhe von 100.000 EUR.

Voraussetzung ist, dass ein Dritter (z.B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

Diese Leistung nimmt nicht an einer gegebenenfalls für andere Leistungen vereinbarten Summendynamik teil.

Bestehen für die betroffene versicherte Person bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungen, so zahlen wir diese Kosten nur aus einer der Versicherungen.

1.4.4 Infektionsklausel

Versichert sind auch Infektionen, bei denen

- aus der Krankheitsgeschichte,
- dem Befund oder
- der Natur der Erkrankung

hervorgeht, dass die Krankheitserreger

- durch eine Beschädigung der Haut oder der Schleimhaut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
- durch das Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase

in den Körper der versicherten Person gelangt sind.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

Die äußere Hautschicht wird z.B. durch einen Zeckenstich durchtrennt.

Die durch Zeckenstich verursachten Infektionen wie

- Borreliose oder
- FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis)

fallen somit ausdrücklich unter den Versicherungsschutz.

Es fallen auch folgende Infektionskrankheiten unter den Versicherungsschutz, bei denen die Krankheitserreger ebenfalls durch eine Durchtrennung mindestens der äußeren Hautschicht in den Körper gelangen:

- Malaria, die durch einen Mückenstich übertragen wird.
- Fleckfieber, das durch den Biss bzw. Stich von Läusen übertragen wird.
- Gelbfieber, das durch einen Mückenstich übertragen wird.
- Schlafkrankheit, die durch den Stich der Tsetsefliege übertragen wird.
- Tetanus (Wundstarrkrampf), der durch das Eindringen von Fremdkörpern unter die Haut entsteht.
- Tollwut, die durch den Biss eines Tieres übertragen wird.
- Tularämie (Hasenpest), die durch den Biss von Zecken, den Biss von Flöhen, den Biss oder das Kratzen von Nagetieren, Hasen, Hunden, Katzen, Wildkaninchen übertragen wird.

Die vorgenannte Aufzählung von Infektionskrankheiten **ist nur beispielhaft** und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch einen Krankheits-Erreger und der Voraussetzung für eine Leistung ist von Ihnen durch einen ärztlichen Bericht nachzuweisen.

Der ärztliche Bericht hat sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse zu orientieren und entsprechende Laborbefunde zu enthalten.

Abweichend von § 8 Ziffer 8.1 reicht es aus, wenn Sie den Versicherer unverzüglich unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

Abweichend von § 2 Ziffer 2.1.1.2 besteht auch dann noch Anspruch auf die Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten ist und
- innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns schriftlich geltend gemacht worden ist.

Abweichend von § 10 Ziffer 10.4 sind Sie und wir berechtigt, längstens bis zu 4 Jahre nach der ärztlichen Feststellung der erstmaligen Infektion, den Grad der Invalidität jährlich neu bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres bleibt es auch hierbei bei einer Frist von 5 Jahren.

1.4.4.1 Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten

Mitversichert sind auch durch **Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten** hervorgerufene Infektionen (Impfschäden). Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.

1.4.4.2 Versicherung bestimmter Infektionskrankheiten (IMMUN-Klausel)

Versichert sind auch folgende Infektionskrankheiten:

- Brucellose (Maltafieber),
- Cholera,
- Diphtherie,
- Echinokokkose (Fuchsbandwurm),
- epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis),
- Hirnhaut-Entzündung (Meningitis),
- Keuchhusten,
- Lepra,
- Masern,
- Mumps,
- Pest,

- Röteln,
- Dreitagefieber

Bei diesen abschließend aufgezählten Infektionskrankheiten ist es **nicht** notwendig, dass die Krankheitserreger

- durch eine Durchtrennung der äußeren Hautschicht, oder
- durch ein Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase

in den Körper der versicherten Person gelangt sind.

1.4.4.3 Allergische Reaktionen

Mitversichert sind auch die nicht infektionsbedingten Folgen von Insektenstichen und anderen Haut- oder Schleimhaut-Verletzungen einschließlich allergischer Reaktionen.

Der § 5 "Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?", nach dem die Leistung um den Mitwirkungsanteil gekürzt werden kann, wird hier **nicht** angewendet.

1.4.5 Strahlenschäden

Gesundheitsschäden durch Strahlen sind mitversichert, soweit sie sich als Unfälle darstellen.

Nicht versichert sind Berufs- bzw. Gewerbekrankheiten, die Folge des regelmäßigen Hantierens mit strahlenerzeugenden Geräten sind.

Ferner sind gemäß § 4 Ziffer 4.1.6 Gesundheitsschäden durch Strahlen im Zusammenhang mit Kernenergie vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

1.4.6 Vergiftungen

1.4.6.1 Lebensmittelvergiftungen

Versichert sind die Folgen von Lebensmittelvergiftungen.

1.4.6.2 Vergiftungen aufgrund der Verwechslung mit Lebensmitteln

Die versicherte Person isst oder trinkt Stoffe, die zu einer Vergiftung führen,

- weil sie für einen Menschen schädlich sind und
- sie diese Stoffe irrtümlich für Lebensmittel gehalten hat.

Eine solche Vergiftung ist versichert.

1.4.6.3 Vergiftungen durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund

Vergiftungen der versicherten Person

- durch die Einnahme
- fester oder flüssiger Stoffe
- durch den Schlund

sind versichert. Das Alter der versicherten Person spielt hierbei keine Rolle.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Vergiftungen

- durch Alkohol und
- durch illegale Drogen

bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben.

Illegale Drogen sind

- nicht verkehrsfähige Betäubungsmittel der Anlage I und
- verkehrs- und verschreibungsfähige Betäubungsmittel der Anlage III

des Betäubungsmittel-Gesetzes (BtMG).

1.5 Einschränkung der Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschäden können wir keine oder nur eingeschränkte Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie deshalb die Regelungen über

- die Ausschlüsse vom Versicherungsschutz (§ 4),
- die Einschränkung der Leistungen bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen der versicherten Person an den Unfallfolgen (§ 5),
- die nicht versicherbaren Personen (§ 6).

§ 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in Teil C in zusätzlichen Besonderen Bedingungen beschrieben. Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben. Diese sind in Ihrem Antrag, Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt.

Die Leistungen, die Sie unter § 3 finden, sind generell und ohne zusätzlichen Beitrag mitversichert.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

Hierzu ein Beispiel:

*Eine Beeinträchtigung ist **nicht** dauerhaft, wenn die versicherte Person einen Knochenbruch erleidet, der innerhalb eines Jahres folgenlos ausheilt.*

2.1.1.2 Eintrittsfrist und ärztliche Feststellung

Die Invalidität ist

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten (Eintrittsfrist) und
- innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt (Ärztliche Feststellung) worden.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, so besteht kein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung.

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen kann das Versäumen der Frist entschuldigt werden. Dann müssen Sie die Geltendmachung unverzüglich nachholen.

Hierzu ein Beispiel:

Sie haben bei dem Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

In einem solchen Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (§ 2 Ziffer 2.5), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung zahlen wir Ihnen als einmaligen Kapitalbetrag.

Grundlage für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Hierzu ein Beispiel:

Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 % zahlen wir 20.000 Euro.

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum der Bemessung

Die Höhe des Invaliditätsgrads richtet sich

- nach der von Ihnen gewählten Gliedertaxe (§ 2 Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (§ 2 Ziffer 2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (§ 10 Ziffer 10.4)

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit von Körperteilen und Sinnesorganen gelten ausschließlich **die genannten Invaliditätsgrade** in der von Ihnen **gewählten** Gliedertaxe.

Die von Ihnen gewählte Gliedertaxe geht aus Ihrem Versicherungsantrag und aus Ihrem Versicherungsschein hervor. Den Volltext finden Sie in Teil C - Besondere Bedingungen.

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile oder Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung der Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie bemisst sich nach den § 2 Ziffer 2.1.2.2.1 und § 2 Ziffer 2.1.2.2.2.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Hierzu ein Beispiel:

Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 70 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7 % (= ein Zehntel von 70 %). Diese 7 % Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63 %.

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können

- mehrere Körperteile oder
- Sinnesorgane

beeinträchtigt sein. In einem solchen Fall werden die ermittelten Invaliditätsgrade addiert.

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Hierzu ein Beispiel:

Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (70 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität

- aus unfallfremder Ursache innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach § 2 Ziffer 2.1.1 entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Tagegeld

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

Sofern die versicherte Person nach einem Unfall aus Pflichtgefühl ihrem Beruf soweit als möglich nachgeht, wird dies nicht zu ihren Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ist nur der objektive ärztliche Befund maßgebend.

2.2.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte und ärztlich festgestellte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

- nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen.
- nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, einer Beschäftigung nachzugehen (z.B. Besuch des Kindergartens oder der Schule oder Hochschule, Hausarbeit, Gartenarbeit usw.), wenn sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

Wir zahlen das Tagegeld abgestuft nach dem Ausmaß der ärztlich festgestellten Beeinträchtigung.

Hierzu ein Beispiel:

Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100 % zahlen wir das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50 % zahlen wir die Hälfte des Tagegeldes.

Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls. Unsere Zahlung setzt erst nach Ablauf der von Ihnen gewählten Karenzzeit ab dem 8., dem 15. oder dem 43. Tag ein.

2.3 Krankenhaustagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

Als vollstationäre Heilbehandlung gilt

- ein mindestens 24-stündiger Krankenhausaufenthalt
- ein mindestens 24-stündiger Aufenthalt in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient (gemischtes Institut)

Als vollstationäre Heilbehandlung gilt auch eine/ein unmittelbar an den ersten unfallbedingten vollstationären Krankenhausaufenthalt anschließende/-r

- vollstationäre Anschluss-Heilbehandlung (AHB)
- berufsgenossenschaftlich stationäre Weiterbehandlung (BGSW)
- vollstationärer Aufenthalt zur Kurzzeitpflege in einem Pflege- oder Seniorenheim.

Als unmittelbar gilt ein Zeitraum von 21 Tagen.

Nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlungen gelten

- Kuren
- Aufenthalte in Pensionen
- Aufenthalte in Hotels
- Aufenthalte in Erholungsheimen

Wir zahlen das Krankenhaustagegeld auch für eine unfallbedingte ambulant durchgeführte Operation.

Eine ambulante Operation ist ein chirurgischer Eingriff zur Vermeidung einer vollstationären

Heilbehandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das Krankenhaustagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme

- für jeden Kalendertag der vollstationären Heilbehandlung, längstens jedoch für 5 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
- über das fünfte Unfalljahr hinaus, **wenn der vollstationäre Aufenthalt** zur Entfernung des eingebrachten Osteosynthese-Materials dient.
- bei einer unfallbedingten ambulant durchgeführten Operation für 5 Tage. Es entsteht hierdurch kein Anspruch auf ein versichertes Genesungsgeld im Sinne der § 2 Ziffer 2.4.1.
- bei unfallbedingtem vollstationärem Aufenthalt zur Kurzzeitpflege in einem Pflege- oder Seniorenheim bis zu einer Dauer von 90 Tagen.

2.3.2.1 Doppeltes Krankenhaustagegeld im Ausland

Führt ein Unfall im Ausland zu einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in dem betreffenden Land gilt:

- Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld bis zu 5 Jahre in doppelter Höhe.

Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in welchem die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält.

Haben Sie mit uns auch ein Genesungsgeld gemäß § 2 Ziffer 2.4 vereinbart, so zahlen wir Ihnen nur das einfache Genesungsgeld.

2.4 Genesungsgeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist aus der vollstationären Heilbehandlung entlassen worden und
- hat Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach § 2 Ziffer 2.3
- hat das Genesungsgeld zum Krankenhaustagegeld vereinbart.

Wir zahlen das vereinbarte Genesungsgeld auch für den Fall, dass die versicherte Person während der unfallbedingten vollstationären Heilbehandlung an den Unfallfolgen verstirbt.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld wird von uns

- in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme und
- für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten.

Wir zahlen das Genesungsgeld für maximal 750 Tage.

2.5 Todesfalleistung

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist

- **unfallbedingt innerhalb eines Jahres gestorben** oder
- nach dem Verschollenheitsgesetz (VerschG) für tot erklärt worden.

Erweiterte Eintrittsfrist:

Wir erweitern die vorgenannte Frist von 12 auf 24 Monate für den Fall, dass ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach § 2 Ziffer 2.1.1 in diesem Zeitraum nicht entstanden ist.

Wir weisen Sie auf die besonderen Pflichten nach § 8 Ziffer 8.5 hin.

2.5.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

§ 3 Generell mitversicherte Leistungen ohne Mehrbeitrag

3.1 Sofortleistung bei schweren Verletzungen

3.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- erleidet einen Unfall
- der zu einer schweren Verletzung ohne akute Lebensgefahr führt.

Eine schwere Verletzung liegt bei einem zu erwartenden Invaliditätsgrad von mindestens 40 % vor.

Die nachfolgend **abschließend aufgezählten Verletzungen** gelten **immer** als schwere Verletzung, der zu erwartende Invaliditätsgrad spielt hierbei keine Rolle:

- Komplette oder inkomplette Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Schädel-Hirn-Verletzungen mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) 2. oder 3. Grades
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
- Dauerhafte Sehminderung von mindestens 60 % auf beiden Augen
- Amputation eines ganzen Fußes
- Amputation einer ganzen Hand

oder

- schwere Mehrfachverletzung (Polytrauma)

Schwere Mehrfachverletzungen sind:

- Bruch (Fraktur) an zwei langen Röhrenknochen des Ober- und Unterarms oder des Ober- und Unterschenkels oder
- Gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen

oder

- Eine Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule,
 - gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs mit Funktionsverlust.

3.1.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen Ihnen

- vor Abschluss des Heilverfahrens
- einen sofortigen Vorschuss in Höhe von 40 %
- aus der Summe, die sich aus dem zu erwartenden Invaliditätsgrad errechnet

Wir zahlen Ihnen jedoch mindestens 15.000 Euro.

Besteht für die versicherte Person aufgrund des Unfalls akute Lebensgefahr, so ist die Sofort-

leistung auf die Versicherungssumme für eine vereinbarte Todesfalleistung begrenzt.

Die Sofortleistung wird auf die sich endgültig ergebende Invaliditätsleistung, die sich nach § 2 Ziffer 2.1.2 errechnet, angerechnet.

Bis zu 15.000 Euro, verzichten wir auf eine Anrechnung. Errechnet sich für die Sofortleistung tatsächlich ein höherer Wert, rechnen wir nur den übersteigenden Anteil auf die sich endgültig ergebende Invaliditätsleistung an.

3.1.3 Rückforderungsverzicht

Sollte die sich endgültig ergebende Invaliditätsleistung geringer ausfallen, als die von uns ausgezahlte Sofortleistung, fordern wir die entsprechende Differenz nicht von Ihnen zurück.

Ergibt sich tatsächlich kein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung, fordern wir die von uns ausgezahlte Sofortleistung ebenfalls nicht von Ihnen zurück.

3.2 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze (Bergungskosten)

3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten für:

- Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden
- den Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet
- den Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren
- die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall
- die zusätzliche Heimfahrt, Unterbringung und Verpflegung der mitreisenden minderjährigen Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person bei einem Unfall im Ausland, sowie bei betreuungspflichtigen Personen für eine Begleitperson.
- den medizinisch notwendigen Krankenrücktransport nach einem Unfall im Ausland und einem dortigen mindestens 14-tägigen Krankenhausaufenthalt in ein Krankenhaus ihres Heimatorts oder in der Nähe ihres Heimatorts.
- die Bestattung im Ausland bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland.
- die Unterbringung und Verpflegung einer ihr nahestehenden Person, wenn auf Reisen ein unfallbedingter Krankenhausaufenthalt über den geplanten Rückreisetermin hinausgeht

entstanden.

Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.
.PAKrankenversicherung=AVBRTextGliederungHervorhebungAbstandNach 3.2.2;Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten

- nachgewiesene und
- nicht von Dritten übernommene Kosten
- insgesamt bis zu 1.000.000 Euro.

Wir übernehmen die Kosten für eine Bestattung im Ausland bis zu insgesamt 5.000 Euro.

Für den medizinisch notwendigen Krankenrücktransport nach einem Unfall im Ausland erstatten wir insgesamt bis zu 5.000 Euro. Ist die Versicherungssumme für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von 1.000.000 Euro bereits aufgebraucht, so erstatten wir die 5.000 Euro zusätzlich.

3.3 Kosten für kosmetische Operationen

3.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

3.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- insgesamt bis zu 1.000.000 Euro

3.4 Kosten der Zahnbehandlung nach einem Unfall

3.4.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer Zahnbehandlung unterzogen, um den unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen Schneide-, Eck- oder Backenzähnen behandeln zu lassen.

Nicht übernommen werden insoweit die Kosten für die Beschädigung oder Zerstörung von

- Brücken,
- Kronen,
- Stiftzähnen,
- Gebissen und
- Implantaten.

Die Zahnbehandlung erfolgt

- durch einen Zahnarzt
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall
- bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder

- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

3.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Kosten der Zahnbehandlung
- Kosten für Zahnersatz
- insgesamt bis zu 50.000 Euro

im Rahmen der für die Kosten für kosmetische Operationen vereinbarten Versicherungssumme (§ 3 Ziffer 3.3.2).

3.5 Komageld

3.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- fällt infolge eines Unfalls in ein Koma oder
- wird infolge eines Unfalls in ein künstliches Koma versetzt.

3.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen für den Zeitraum des Komas

- 50,- Euro pro Tag
- längstens jedoch für 100 Tage

Eine evtl. vereinbarte Summendynamik gilt hier nicht.

3.6 Versicherungsschutz für das ungeborene Leben

3.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die schwangere versicherte Person

- hat einen Unfall erlitten
- in dessen Folge kommt es zu einer Totgeburt.

3.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen

- eine Todesfalleistung
- in Höhe von 5.000 Euro.

3.7 Die beitragsfreie Weiterführung der Kinder-Unfall-Versicherung bei Tod des Versicherungsnehmers

Wenn Sie während der Vertragsdauer sterben und

- der Vertrag nicht gekündigt war und
- ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse nach Ablauf der in § 4 Ziffer 4.1.3 genannten Frist von 30 Tagen verursacht wurde

gilt Folgendes:

- Wir führen den Vertrag mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang beitragsfrei weiter.
- Neuer Versicherungsnehmer wird der gesetzliche Vertreter, wenn nichts anderes verein-

bart ist.

- Die beitragsfreie Weiterführung endet mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet (= 18. Geburtstag).

3.8 Versorgung des Partners

3.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der Versicherungsnehmer oder der mitversicherte Ehe-/Lebenspartner

- verstirbt während der Vertragslaufzeit
- der Vertrag war bis zu diesem Zeitpunkt ungekündigt.

3.8.2 Art der Leistung

Der Vertrag wird beitragsfrei weitergeführt:

- ab dem Todestag
- mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsarten und Versicherungssummen
- bis zum Ende des Versicherungsjahres

3.9 Lebensretter-Unfallversicherung

3.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Eine vertragsfremde Person

- erleidet einen Unfall
- bei ihrer Bemühung zur Rettung der verunfallten versicherten Person.

Die vertragsfremde Person ist

- zum Zeitpunkt der Rettung
- **nicht** für eine Rettungs-Organisation (z.B. Feuerwehr, Technisches Hilfswerk, Polizei etc.) im Einsatz.

3.9.2 Art und Höhe der Leistung

Versichert sind

- 25.000 Euro für die Invaliditätsleistung und
- 25.000 Euro für die Todesfalleistung.

Die versicherte Person hat bei uns noch weitere Unfallversicherungs-Verträge

- wir erbringen die Leistung nur aus einem Vertrag.

3.10 Helmklauseel

3.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet durch einen Unfall beim

- Fahrradfahren (auch passiv in einem Kindersitz),
- Inline-Skating,
- Kitesurfen,
- Reiten,
- Rodeln,
- Roller-Skating,
- Skateboarden,
- Ski Alpin,
- Wakeboarden,

- Windsurfen,
- Surfen (Wellenreiten)

ein Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades und trägt zum Zeitpunkt des Unfalls einen handelsüblichen Helm.

3.10.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen

- einmalig eine zusätzliche Invaliditätsleistung
- in Höhe von 10.000 Euro.

3.11 Rooming-in

3.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind

- erleidet vor der Vollendung des 12. Lebensjahres einen Unfall
- der eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung notwendig macht.

3.11.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen einen pauschalen Kostenzuschuss

- bei Übernachtung eines Erziehungsberechtigten mit dem versicherten Kind im Krankenhaus (Rooming-in)
- in Höhe von 60 Euro je Übernachtung.

3.12 Beitragsfreie Mitversicherung von neugeborenen leiblichen Kindern oder von Adoptivkindern

3.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

Sie

- sind während der Vertragslaufzeit Mutter oder Vater eines leiblichen Kindes geworden oder
- haben ein minderjähriges Kind adoptiert.

3.12.2 Art und Höhe der Leistung

Es besteht beitragsfreier Versicherungsschutz

- ab dem Tag der Geburt bzw.
- ab dem Tag der Rechtsgültigkeit der Adoption
- bis zum Ende des Versicherungsjahres.

Versichert sind

- 100.000 Euro für die Invaliditätsleistung und
- 20.000 Euro für die Todesfallleistung
- 20 Euro Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld

3.13 Beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern

3.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

Sie schließen

- während der Vertragslaufzeit eine Ehe oder

- eine eingetragene Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebens-Partnerschafts-Gesetzes (LPartG).

3.13.2 Art und Höhe der Leistung

Es besteht beitragsfreier Versicherungsschutz

- ab dem Tag der Eheschließung für Ihre Ehegattin oder Ehegatten bzw.
- ab dem Tag der Rechtsgültigkeit der eingetragenen Lebenspartnerschaft für Ihre Lebenspartnerin oder Lebenspartner
- bis zum Ende des Versicherungsjahres.

Versichert sind

- 100.000 Euro für die Invaliditätsleistung und
- 20.000 Euro für die Todesfallleistung
- 20 Euro Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld

3.14 Reha- und Kurbeihilfe

3.14.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat aufgrund der Schädigung ihrer Gesundheit infolge eines Unfalls oder deren Folgen

- innerhalb von 3 Jahren, gerechnet ab dem Tag des Unfalls
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Wochen
- eine stationäre durchgeführte und medizinisch notwendige Reha-Maßnahme oder Kur durchgeführt

oder

- eine ambulante und medizinisch notwendige Reha-Maßnahme durchgeführt.

Sie haben uns diese Voraussetzungen

- durch einen objektiven
- am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten
- ärztlichen Bericht

nachgewiesen.

3.14.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Reha- und Kurbeihilfe für die **stationäre** Reha-Maßnahme oder Kur

- einmal je Unfall
- in einer Höhe von 5.000 Euro

Wir zahlen die der versicherten Person tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 25.000 Euro, wenn diese 5.000 Euro übersteigen.

Liegen die tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten unter 5.000 Euro, so zahlen wir mindestens den Betrag von 5.000 Euro.

Für eine **ambulante** Reha-Maßnahme zahlen wir die nachgewiesenen Kosten

- bis zu 50 Euro je Tag,
- höchstens aber 2.500 Euro.

Eine evtl. vereinbarte Summendynamik gilt hier nicht.

3.15 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

3.15.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat

- einen Unfall erlitten, der
- nach § 2 Ziffer 2.1.1 und Ziffer 2.1.2 zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt hat.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

Eine weitere Voraussetzung ist, dass Sie uns die medizinische Notwendigkeit der entstandenen Kosten nachweisen.

3.15.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten für

- den behindertengerechten Umbau des PKW der versicherten Person
- den behindertengerechten Umbau der Wohnung der versicherten Person oder den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung
- Prothesen und Hilfsmittel (z.B. ein Exoskelett oder moderne Prothetik)
- Maßnahmen zur beruflichen Umschulung, sofern diese Maßnahme ausschließlich auf die durch den Unfall eingetretene Invalidität zurückzuführen ist.

bis zu insgesamt 50.000 Euro.

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten für

- die behindertengerechte Umgestaltung des Arbeitsplatzes der versicherten Person

bis zu insgesamt 2.500 Euro.

Eine evtl. vereinbarte Summendynamik gilt hier nicht.

3.16 Raubüberfall / Geiselnahme / schwerer Unfall

3.16.1 Psychologische Soforthilfe

3.16.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist Opfer eines Raubüberfalls oder
- einer Entführung oder Geiselnahme geworden oder
- hat einen schweren Unfall erlitten, der zu einer posttraumatischen Belastungsstörung geführt hat.

Ein schwerer Unfall liegt vor, wenn er nach § 2 Ziffer 2.1.1 und Ziffer 2.1.2 zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt hat.

3.16.1.2 Art und Dauer der Leistung

Wir ersetzen die Kosten für

- die ersten 10 Sitzungen zur

- psychologischen Soforthilfe

unmittelbar nach Eintritt der in § 3 Ziffer 3.16.1.1 genannten Voraussetzungen.

3.16.2 Medikamentenentzug

3.16.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist Opfer einer Entführung oder Geiselnahme geworden
- in deren Folge ist es ihr nicht möglich ärztlich verordnete Medikamente einzunehmen
- hierdurch tritt eine Gesundheitsschädigung oder der Tod ein

3.16.2.2 Art der Leistung

Durch den Medikamentenentzug kommt es zu einer Gesundheitsschädigung,

- wir leisten aus den Leistungsarten, die für die versicherte Person vertraglich vereinbart sind,
- wenn die dort genannten Voraussetzungen für die Leistung erfüllt sind.

Die vereinbarten Leistungsarten sind in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen aufgeführt, die Leistungsvoraussetzungen ergeben sich aus den §§ 2 und 3.

Durch den Medikamentenentzug tritt der Tod ein,

- wir zahlen eine Todesfallleistung (§ 2.5), sofern diese vereinbart ist.

3.17 Rehamanagement

Das Rehamanagement navigiert und begleitet die verunfallte versicherte Person

- durch das System der Sozialleistungsträger und
- der Leistungserbringer (Krankenhäuser, Rehakliniken)
- während des gesamten Genesungs-Prozesses.

Ziel ist es

- eine optimale Versorgungssituation zu schaffen
- um damit eine schnellstmögliche Genesung zu fördern.

Das Rehamanagement erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

Ausnahme:

Der Auslands-Aufenthalt ist Teil des Rehabilitations-Prozesses. Er wurde von uns oder dem Dienstleister vorgeschlagen.

3.17.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- hat einen Unfall erlitten
- der zu einer Akutbehandlung im Krankenhaus von mindestens 14 zusammenhängenden Tagen führt.

3.17.2 Beauftragung eines qualifizierten Dienstleisters

Hat die versicherte Person Anspruch auf ein Rehamanagement, so beauftragen wir einen qualifizierten Dienstleister

- mit der Erhebung eines Rehamanagement-Bedarfs und
- mit der Durchführung.

Der Rehamanagement-Bedarf wird

- durch ein Ersthilfe-Telefonat oder
- zusätzlich durch ein Vorortgespräch
 - mit der versicherten Person und
 - deren Angehörigen und
 - den behandelnden Ärzten bzw. dem Krankenhaus

erhoben.

Als Angehörige gelten

- Ehegatten,
- eingetragene Lebenspartner,
- mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebender Partner einer nicht ehelichen Lebens-Gemeinschaft,
- volljährige Kinder,
- Eltern.

Aus dem erhobenen Rehamanagement-Bedarf leitet der qualifizierte Dienstleister ab, ob es sich

- um einen kleinen Rehafall oder
- um einen großen Rehafall handelt

und leitet die entsprechenden Schritte ein.

3.17.3 Entbindung von der Schweigepflicht

Der von uns beauftragte Dienstleister kann nur dann tätig werden, wenn behandelnde Personen und Einrichtungen, z.B.

- Angehörige von Heilberufen
- Krankenhäuser und Kliniken
- Rehabilitations-, Kur- und Pflegeeinrichtungen

diesem gegenüber durch die versicherte Person von ihrer Schweigepflicht entbunden werden. Der Dienstleister wird die versicherte Person im Rahmen des Ersthilfe-Telefonats nochmals und ausdrücklich über die Bedeutung der Entbindung von der Schweigepflicht aufklären.

3.17.4 Kleiner Rehafall

Ein kleiner Rehafall liegt vor,

- wenn der Rehamanagement-Bedarf gering bis mittelintensiv eingeschätzt wird,
- die versicherte Person nach einem Krankenhausaufenthalt von mindestens 14 Tagen noch für einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen als arbeitsunfähig entlassen wird und
- der Hausarzt oder ein Facharzt die weitere Behandlung ambulant durchführt.

3.17.4.1 Die Leistungen bei einem kleinen Rehafall

Die Rehabetreuung

Im Rahmen der Rehabetreuung erfolgt ein regelmäßiger telefonischer Kontakt (Verlaufsbegeleitung)

- mit der versicherten Person und

- mit den behandelnden Ärzten.

Der telefonische Kontakt zu den behandelnden Ärzten erfolgt jeweils an der Schnittstelle zum nachfolgenden Versorgungs-Sektor. Einer Akutbehandlung im Krankenhaus folgt eine ambulante medizinische Weiterversorgung durch den Hausarzt oder einen Facharzt.

Die Rehaberaturung

Den Angehörigen wird ein telefonischer Beratungsservice angeboten. Dieser bietet Beratungs-Leistung zur Unterstützung bei allen Aktivitäten der Angehörigen im Rehaprozess der versicherten Person. Zu den Aktivitäten der Angehörigen zählen z.B. Amts- und Behörden-Vorgänge.

Finanzielle Beihilfen

Wir finanzieren einmalig zusätzliche ambulante therapeutische Maßnahmen geringeren Umfangs, die im Rahmen der Betreuung als notwendig erkannt worden sind.

Zu diesen ambulanten therapeutischen Maßnahmen zählen

- die Ergotherapie
- die manuelle Therapie (Behandlung von Funktions-Störungen des Bewegungsapparates [Gelenke, Muskeln, Nerven])
- Massagen

Wir übernehmen hierbei die Kosten für maximal 5 Behandlungen einer dieser therapeutischen Maßnahmen.

3.17.5 Großer Rehafall

Ein großer Rehafall liegt vor, wenn

- der Rehamanagement-Bedarf hoch und mit komplexer Betreuung und Beratung eingeschätzt wird,
- und die versicherte Person nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus noch für einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen arbeitsunfähig ist.

Er liegt immer vor, wenn die versicherte Person durch den Unfall eine der folgenden Verletzungen erlitten hat:

- Schädel-Hirn-Trauma (SHT) mindestens 2. Grades
- Knöcherner Verletzung der Wirbelsäule
- Polytrauma (Verletzung mehrerer Körperregionen oder von Organsystemen)
- Morbus Sudeck (CRPS)
- Frakturen mit Beteiligung großer Gelenke (Schulter-, Knie-, Hüftgelenke).

3.17.5.1 Die Leistungen bei einem großen Rehafall

Die Rehabetreuung

Der Dienstleister überwacht den Rehabilitations- und Genesungsverlauf mittels einer aktiven telefonischen Verlaufs-Begleitung. Sie erfolgt jeweils an einem medizinischen oder rehabilitativen Versorgungs-Wechsel. Diese aktive telefonische Verlaufs-Begleitung beginnt mit der Entlassung aus dem Krankenhaus. Sie endet mit der Wiederaufnahme der Arbeit am alten Arbeitsplatz bzw. dem Erreichen einer optimalen Pflegesituation.

Zu den Aufgaben gehören:

- regelmäßiger Kontakt mit der versicherten Person und den behandelnden Ärzten.
- ständige Kontrolle des Soll-Ist- Zustandes und Problemlösungs-Gespräche mit allen Beteiligten

- regelmäßige Situations-Besprechung mit den Angehörigen der versicherten Person
- Leistungs-Koordinierung unterschiedlicher Kostenträger der Rehabilitation bzw. Pflegekasse
- Absicherung eines nahtlosen Überganges in unterschiedliche therapeutische Einrichtungen oder zu Fachärzten
- Kontakt- und Arbeitsplatz-Sicherungsgespräche mit Arbeitgebern (Erhalt des Arbeitsplatzes, Hilfen bei Umorganisationen oder betrieblichen Umsetzungen, Unterstützung in der für den Arbeitsplatz benötigten Qualifizierung)
- Hilfestellungen in der beruflichen Neuorientierung (Auswahl geeigneter Berufe und Ausbildungs-Stätten)
- Berufliche Reintegrations-Hilfen (Arbeitsplatz-Akquise- und Bewerbungs-Unterstützung)

Hilfestellungen bei Antrags- und Amtsvorgängen, Rehabilitations-Beratung

Der versicherten Person bzw. deren Angehörigen wird

- eine Beratung zur Leistungs-Voraussetzung und
- eine Hilfestellung bei der Beantragung von Leistungen

bei dem jeweilig verantwortlichen Sozialleistungs-Träger angeboten.

Gleichzeitig wird über

- Aspekte der sozialen Rehabilitation,
- Aspekte der schulischen Rehabilitation oder
- Aspekte der beruflichen Rehabilitation

informiert.

Aus der jeweiligen Situation heraus werden

- Betreuungs-, Schul- und Ausbildungswege aufgezeigt und
- bei Notwendigkeit über alternative medizinische Maßnahmen und Spezialisten informiert.

Auf Wunsch können Kontakte zu

- qualifizierten ambulanten Versorgungs-Einrichtungen oder
- medizinischen Fachkräften

vermittelt oder terminiert werden.

Beratung und Hilfestellung bei Umbaumaßnahmen

Der versicherten Person bzw. deren Angehörigen werden bei notwendigen Umbaumaßnahmen

- im Haus,
- in der Wohnung oder
- des KFZ

Kontakte zu Spezialisten vermittelt und bei Notwendigkeit alle Umbaumaßnahmen durch den Dienstleister begleitet.

Beratung und Hilfestellung in der Heil- und Hilfsmittel-Versorgung

Es erfolgt eine telefonische Beratung über geeignete

- Heilmittel und
- Hilfsmittel.

Rückführungsberatung und Rückführungsbegleitung in die Kinder-Tagesstätte, die

Schule oder an den Ausbildungsplatz im Rahmen der Kinder-Unfall-Versicherung

Unmittelbar im Anschluss der medizinisch rehabilitativen Maßnahmen wird ein Gespräch mit den

- Kostenträgern,
- Bildungs-Verantwortlichen,
- pädiatrischen Förder-Einrichtungen und
- Eltern

über die Rückführung

- in die Kinder-Tagesstätte,
- in die Schule oder
- an den Ausbildungsplatz

organisiert und aktiv begleitet.

Der Dienstleister erarbeitet hierbei einen Rückführungsplan zum nahtlosen Übergang aus der Rehabilitation.

Sind neben dem Rückführungsplan zusätzliche Maßnahmen erforderlich, so werden diese koordiniert und begleitet. Ziel der Maßnahmen ist die Sicherstellung einer höchstmöglichen Normalität des weiteren Bildungs- oder Ausbildungsweges.

Rückführungsberatung und Rückführungsbegleitung in den beruflichen Alltag bzw. in die berufliche Rehabilitation im Rahmen der Unfall-Versicherung für Erwachsene

Unmittelbar im Anschluss der medizinisch rehabilitativen Maßnahmen werden Gespräche

- mit den Trägern der beruflichen Rehabilitation,
- anderen Sozialleistungs-Einrichtungen und
- dem Arbeitgeber geführt.

Der Dienstleister erarbeitet hierbei einen Rehabilitations-Plan.

Ist aufgrund der Unfallfolgen die Wiederaufnahme der vor dem Unfall ausgeübten beruflichen Tätigkeit nicht möglich, so vermittelt der Dienstleister die möglichst schnelle Aufnahme einer qualifizierten Bildungs- oder Ausbildungs-Maßnahme.

Ist die Wiederaufnahme der vor dem Unfall ausgeübten beruflichen Tätigkeit mittels

- Umorganisation,
- technischer Anpassung und
- arbeitsplatz-orientierter Qualifizierungs-Maßnahmen

möglich, begleitet der Dienstleister deren Umsetzung im Unternehmen.

Pflegeberatung

Ergibt sich aus den Unfallfolgen eine Pflegesituation werden Kontakte zu

- ausgebildeten Pflegekräften,
- Pflegediensten
- oder Pflegeheimen

hergestellt.

Pflegeentlastungsservice durch Urlaubsgeld

Angehörigen, die die versicherte Person selbst ambulant pflegen, wird durch finanzielle Unterstützung die Möglichkeit geboten, einen Urlaub zu finanzieren um selbst neue Kraft zu

schöpfen und Erholung zu finden.

Der Dienstleister vermittelt hierzu für den Zeitraum des Urlaubs eine qualifizierte Pflegefachkraft zur Pflege der versicherten Person.

Wir zahlen auf Antrag und Nachweis durch Quittung über die gezahlten Reisekosten ein Urlaubsgeld bis zu einem maximalen Betrag in Höhe von 1.000 Euro.

Den Anteil der Reisekosten, der diesen Betrag übersteigt, übernehmen wir nicht. Der Service kann einmal je Unfallereignis innerhalb von 3 Jahren in Anspruch genommen werden.

Finanzielle Beihilfen

Ergeben sich in Teilen des Genesungs- und Rehabilitations-Prozesses Versorgungs-Lücken, können finanzielle Mittel für

- zusätzliche Anwendungen,
- Therapien oder
- qualitativ hochwertigere Hilfsmittel

zur Verfügung gestellt werden.

Hochwertigere Hilfsmittel sind z.B.

- Prothesen,
- Rollstühle,
- Gehhilfen,
- ein Exoskelett.

Besteht die allgemeine medizinische Auffassung, dass durch

- eine intensivere und qualitativ bessere therapeutische Behandlung oder
- durch die Nutzung qualitativ hochwertigerer Hilfsmittel

ein schnellerer Heilungsverlauf erzielt werden kann, werden durch den Dienstleister entsprechende zusätzliche Maßnahmen vorgeschlagen.

Es wird eine finanzielle Beihilfe für empfohlene Rehabilitations-Maßnahmen bis zu einer Gesamtsumme von 15.000 Euro je großem Rehafall bereitgestellt.

3.17.5.2 Kostenübernahme durch einen anderen Versicherer

Soweit ein

- gesetzlicher oder privater Krankenversicherer,
- gesetzlicher Unfallversicherer (Berufsgenossenschaft),
- Haftpflichtversicherer,
- Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherer,
- gesetzlicher Rentenversicherer

verpflichtet ist, die Kosten für

- zusätzliche Anwendungen,
- Therapien oder
- qualitativ hochwertigere Hilfsmittel

zu übernehmen, kann der Erstattungs-Anspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Versicherer seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns wenden.

3.17.6 Auswirkungen der erbrachten Leistungen aus dem Rehamanagement auf andere Leistungen aus der Unfallversicherung

Mit der Erbringung von Leistungen aus dem Rehamanagement ist eine Anerkennung unserer Leistungspflicht nicht verbunden, da aus medizinischen / sozialen Gründen mit der Einschaltung des Dienstleisters nicht immer bis zu unserer abschließenden Prüfung des Versicherungsschutzes abgewartet werden kann.

3.18 Vollwaisenrente

3.18.1 Voraussetzungen für die Leistung

Beide Elternteile versterben

- innerhalb eines Jahres
- durch ein- und dasselbe Unfallereignis

Ist das versicherte Kind bereits Halbwaise gilt:

Mutter oder Vater verstirbt

- innerhalb eines Jahres
- durch ein Unfallereignis

3.18.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine monatliche Rente in Höhe von 500 Euro an das versicherte Kind.

Eine evtl. vereinbarte Summendynamik gilt hier nicht.

3.18.3 Beginn und Dauer der Leistung

Wir zahlen die Rente

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Leistung (§ 3 Ziffer 3.18.1) eintreten und danach
- monatlich im Voraus
- bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet

3.19 Doppelte Todesfalleistung für Vollwaisen

3.19.1 Voraussetzungen für die Leistung

Voraussetzungen sind

- für beide Elternteile besteht Versicherungsschutz im Rahmen einer Unfallversicherung auf der Grundlage dieser Versicherungsbedingungen
- beide Elternteile werden durch ein- und dasselbe Unfallereignis getötet.

3.19.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen

- an die erb- oder bezugsberechtigten minderjährigen Kinder
- das Doppelte der je Elternteil für die Todesfalleistung vereinbarten Versicherungssumme, mindestens jedoch 10.000 Euro und zwar auch für den Fall, dass keine Todesfalleistung versichert ist.

Die zusätzliche Summe ist auf 50.000 Euro je Elternteil begrenzt.

Hierzu zwei Beispiele:

Beispiel 1:

Für beide Elternteile gilt eine Todesfalleistung in Höhe von je 30.000 Euro versichert. Durch die Verdoppelung werden an die erb- oder bezugsberechtigten minderjährigen Kinder 60.000 Euro je Elternteil ausgezahlt, also 120.000 Euro insgesamt.

Beispiel 2:

Für beide Elternteile gilt eine Todesfalleistung in Höhe von je 60.000 Euro versichert. Durch die Verdoppelung ergäbe sich jetzt je Elternteil eine Leistung in Höhe von 120.000 Euro. Durch die Begrenzung der zusätzlichen Summe auf 50.000 Euro werden den Kindern je Elternteil aber tatsächlich 110.000 Euro ausgezahlt, also 220.000 Euro insgesamt.

Ist für ein Elternteil **keine** Todesfalleistung versichert, so zahlen wir

- an die erb- oder bezugsberechtigten minderjährigen Kinder
- für dasjenige Elternteil 10.000 Euro.

Ist für beide Elternteile **keine** Todesfalleistung versichert, so zahlen wir

- an die erb- oder bezugsberechtigten minderjährigen Kinder
- je Elternteil 10.000 Euro.

3.20 Nachhilfeunterricht

3.20.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- hat das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet und
- besucht eine allgemeinbildende Schule und
- kann aufgrund eines Unfalls nicht am Schulunterricht teilnehmen

3.20.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen

- die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht
- begrenzt auf 50,- Euro je Tag
- für maximal 50 Tage

Eine evtl. vereinbarte Summendynamik gilt hier nicht.

3.21 Erholungsgeld

3.21.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- hat einen Unfall erlitten
- der zu einer allgemeinen Leistungsunfähigkeit (z.B. Arbeits- oder Schulunfähigkeit)
- von mehr als 6 Wochen führt.

Die versicherte Person

- hat uns die allgemeine Leistungsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen
- anhand eines ärztlichen Attests nachgewiesen.

3.21.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen

- ein Erholungsgeld
- in Höhe von 500 Euro.

3.22 Haushaltshilfegeld

3.22.1 Voraussetzungen für die Leistung

Wir übernehmen **nachgewiesene** Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

- sich die den Haushalt versorgende oder mitversorgende versicherte Person wegen eines Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, und
- im Haushalt dieser versicherten Person mindestens ein im Verhältnis zu ihr unterhaltsberechtigtes Kind von unter 15 Jahren zu versorgen ist.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

3.22.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten bis zu 75 Euro je Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts.

Wir zahlen höchstens 7.500 Euro.

Können Sie die Kosten für eine Haushaltshilfe nicht konkret nachweisen, reduziert sich der von uns gezahlte Betrag auf 25 Euro je Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts.

Wir zahlen in einem solchen Fall das Haushaltshilfegeld für höchstens 60 Tage.

Eine für andere Leistungen vereinbarte Summendynamik gilt nicht für das Haushaltshilfegeld.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfall-Versicherungen, so zahlen wir das Haushaltshilfe-Geld nur aus einer dieser Versicherungen.

3.23 Gipsgeld

3.23.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten, der zu einer Fraktur (Bruch)

- am Schädeldach oder
- an der Schädelbasis oder
- an sonstigen Bereichen des Schädels oder
- an einem Arm oder
- an einer Hand oder
- an einem Handgelenk oder
- an einem Finger oder
- am Oberkörper oder
- an einem Wirbel oder
- am Steißbein oder
- am Becken oder
- an einem Bein oder
- an einem Fuß oder
- an einer Zehe oder
- an einem der sonstigen Gelenke oder
- einem Bänderriss

geführt hat.

Die versicherte Person hat sich wegen der Fraktur oder des Bänderrisses in einer medizinisch notwendigen

- vollstationären Heilbehandlung oder
- ambulanten Heilbehandlung

befunden.

3.23.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen einmalig 200,- Euro je Unfall. Die Anzahl der erlittenen Frakturen und/oder Bänderrisse der versicherten Person spielt für die Höhe unserer Leistung keine Rolle.

3.24 Zerstörung von Zahnersatz

3.24.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten, bei dem

- Brücken und / oder
- Kronen und / oder
- Stifzähne und / oder
- Gebisse und / oder
- Implantate

zerstört wurden.

Sie haben die unfallbedingte Zerstörung des Zahnersatzes durch geeignete Nachweise zu belegen, z.B. durch die Originalrechnung über diesen Zahnersatz.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

3.24.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen

- die Kosten für die Reparatur bzw. die Neubeschaffung
- bis zu einer Höhe von 5.000 Euro

im Rahmen der versicherten Kosten für kosmetische Operationen (§ 3 Ziffer 3.3.2).

3.25 Kosten für kosmetische Operationen nach krebserkrankter Amputation der Brust

3.25.1 Voraussetzung für die Leistung

Eine weibliche versicherte Person hat sich vor der Vollendung ihres 67. Lebensjahres einer krebserkrankten Amputation der Brust unterzogen.

Ihr wurden

- durch einen Arzt
- eine Brust oder beide Brüste (mindestens zu 2/3) abgenommen
- sie hat eine Wartezeit von 3 Monaten erfüllt

Die Wartezeit startet ab dem im Versicherungsschein dokumentierten Vertragsbeginn. Bei

bestehenden Verträgen mit dem im Nachtrag zum Versicherungsschein dokumentierten Wechsel von der Produktlinie

- Spar oder
- Basis oder
- Klassik

auf die Produktlinie Plus.

Krebs-Erkrankungen, die vor Ablauf der Wartezeit festgestellt werden, bleiben hierbei unberücksichtigt.

Die **Wartezeit** entfällt bei einem Wechsel von der Produktlinie Premium in die Produktlinie Plus.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

3.25.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten für kosmetische oder plastische Brustoperationen,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- insgesamt bis zu **15.000 Euro**.

im Rahmen der für die Kosten für kosmetische Operationen vereinbarten Versicherungssumme in Höhe von 1.000.000 Euro (§ 3 Ziffer 3.3.2).

3.26 Dolmetscher- und Übersetzungskosten

3.26.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat im Ausland einen Unfall erlitten. Aufgrund des Unfalls sind ihr Dolmetscher- und/oder Übersetzungskosten entstanden.

Als Ausland gelten die Staaten, in denen die versicherte Person keinen Erstwohnsitz hat. Das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zählt in keinem Fall als Ausland.

3.26.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die notwendigen nachgewiesenen Kosten

- für einen Dolmetscher und/oder
- die Übersetzung erforderlicher Schriftsätze

bis zu insgesamt 500 Euro je Unfall.

Kopien aller von einem Übersetzer für die versicherte Person angefertigten Schriftsätze sind uns von Ihnen auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

4.1 Ausgeschlossene Unfälle

4.1.1 Bewusstseinsstörungen

Unfälle der versicherten Person durch

- Bewusstseinsstörungen,

sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können insbesondere sein:

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- Drogenkonsum,
- Medikamenten-Einnahme.

Hierzu Beispiele:

Die versicherte Person

- stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.
- balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung wurde durch einen Unfall verursacht, für den nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Nicht als Bewusstseinsstörung gelten

- der Zustand der Ermüdung (Schlaftrunkenheit),
- das Einschlafen infolge einer Übermüdung.

Dagegen bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen

- die Tages-Schläfrigkeit und
- der Sekundenschlaf

soweit bei der versicherten Person ein Schlafapnoe-Syndrom (SAS) vorhanden ist.

4.1.1.1 Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit

Durch Trunkenheit verursachte Unfälle der versicherten Person sind mitversichert.

Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,5 Promille liegt.

4.1.1.2 Bewusstseinsstörungen durch einen diabetischen Schock

Unfälle der versicherten Person, soweit diese durch einen

- Diabetischen Schock (Zuckerschock)

verursacht werden, sind mitversichert.

4.1.1.3 Bewusstseinsstörungen durch Schlafwandeln

Unfälle der versicherten Person, die durch

- Schlafwandeln

verursacht werden, sind versichert.

4.1.1.4 Bewusstseinsstörungen durch Medikamente

Unfälle der versicherten Person, die durch

- die Einnahme – auch Falscheinahme - von Medikamenten

verursacht werden, sind mitversichert.

Es spielt keine Rolle, ob die Medikamente ärztlich verordnet waren.

4.1.1.5 Bewusstseinsstörungen durch Herzinfarkt, Schlaganfall, epileptische Anfälle und Krampfanfälle

Unfälle der versicherten Person, soweit diese durch einen

- Herzinfarkt oder
- Schlaganfall oder
- epileptischen Anfall oder
- anderen Krampfanfall, der den ganzen Körper der versicherten Person ergreift,

verursacht werden, sind mitversichert.

Unter den Versicherungsschutz fallen hierbei nicht die Gesundheitsschädigungen, die ausschließlich Folgen

- eines Herzinfarkts,
- Schlaganfalls,
- epileptischen Anfalls oder
- anderen Krampfanfalls

sind und nicht Folge des Unfalls.

4.1.1.6 Bewusstseinsstörungen durch Herz-/Kreislaufstörung oder Schwindel

Unfälle der versicherten Person die durch

- Herz- und Kreislaufstörungen oder
- Schwindel

verursacht werden, sind mitversichert.

4.1.1.7 Bewusstseinsstörungen durch KO-Tropfen oder Ecstasy

Unfälle der versicherten Person als Folge der ungewollten Einnahme

- von KO-Tropfen (GHB = Gamma-Hydroxybuttersäure) oder
- von Ecstasy

sind mitversichert.

4.1.2 Straftaten

Nicht versichert sind Unfälle durch vorsätzlich ausgeführte oder versuchte Straftaten der versicherten Person.

Ausnahmen:

- Unfälle bei inneren Unruhen und Schlägereien gelten dann als mitversichert, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war.
- Sie gelten ferner als mitversichert, wenn die versicherte Person in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in innere Unruhen und Schlägereien verwickelt war.
- Lenken eines Kraftfahrzeugs, wenn der Blutalkohol-Gehalt unter 1,5 Promille liegt.

4.1.2.1 Fahren von Motorfahrzeugen ohne Fahrerlaubnis

Es besteht Versicherungsschutz,

- wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- ein motorbetriebenes Land- oder Wasserfahrzeug
- ohne gültige Fahrerlaubnis führt.

Hat die versicherte Person zur Erlangung der Verfügungsgewalt über das Fahrzeug allerdings eine Straftat begangen, entfällt dieser Versicherungsschutz.

Der Versicherungsschutz entfällt auch dann, wenn es sich bei der versicherten Person diesbezüglich um einen bereits aktenkundigen Wiederholungs-Täter handelt oder mit Hilfe des Fahrzeugs eine weitere Straftat begangen wird.

4.1.2.2 Unfälle beim Umgang mit selbstgebauten Feuerwerkskörpern

Es besteht Versicherungsschutz,

- wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und der Unfall
- durch die Herstellung oder den Gebrauch
- selbstgebauter Feuerwerkskörper

eintritt.

4.1.3 Unfälle durch Kriegs- und Bürgerkriegs-Ereignisse sowie durch Terroranschläge

Nicht versichert sind Unfälle, die

- unmittelbar oder
- mittelbar

durch Kriegs- oder Bürgerkriegs-Ereignisse verursacht sind.

Ausnahme:

Die versicherte Person wird

- auf Reisen im Ausland
- überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegs-Ereignissen betroffen.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Dieser erweiterte Versicherungsschutz erlischt am Ende des 30. Tages.

Die Frist von 30 Tagen beginnt nach erstmaliger Veröffentlichung einer Reisewarnung durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland. Die Reisewarnung muss für das Gebiet des Staates gelten, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Gilt die Reisewarnung nur für eine Teilregion dieses Staates, so erlischt der erweiterte Versicherungsschutz nach Ablauf der Frist auch nur für diese Teilregion.

Unter folgenden Voraussetzungen gilt der erweiterte Versicherungsschutz auch nach dem Ende des 30. Tages weiter:

Der versicherten Person ist es **nicht möglich** das Gebiet oder die betreffende Teilregion des Staates zu verlassen.

Diese Ausnahme gilt nicht

- bei Reisen in oder durch Staaten oder Teilregionen von Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg- oder Bürgerkrieg herrscht.

- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

Klarstellung:

Terroranschläge außerhalb der Länder oder Teilregionen, auf deren Gebiet Kriegs- oder Bürgerkriegs-Ereignisse stattfinden, fallen unter den Versicherungsschutz.

4.1.4 Luftfahrtunfälle

Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeug-Führer oder Luftsportgeräte-Führer, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt (z.B. Piloten, Gleitschirm- oder Drachenflieger)
- als sonstiges Besatzungs-Mitglied eines Luftfahrzeuges (z.B. Copiloten, Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter)
- bei beruflichen Tätigkeiten, die nur mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuüben sind (z.B. Luftfotograf, Polizisten bei der Verkehrs-Überwachung oder Verbrechens-Verfolgung, Ärzte und medizinisches Personal in speziellen Rettungs-Hubschraubern und Ambulanz-Flugzeugen, Sprühflüge zur Schädlings-Bekämpfung)

sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person jedoch als Fluggast.

4.1.5 Fahrt-Veranstaltungen mit Motorfahrzeugen

Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Teilnehmer ist jeder

- Fahrer,
- Beifahrer oder
- Insasse

des Motorfahrzeugs.

Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt.

Ausnahmen:

Unfälle bei Fahrten zur Erzielung einer Durchschnitts-Geschwindigkeit.

Hierzu zählen

- Sternfahrten,
- Zuverlässigkeitsfahrten,
- Orientierungsfahrten,
- Ballon-Verfolgungsfahrten.

Solche Fahrten sind mitversichert.

Ebenfalls mitversichert sind Fahrten mit Gokarts auf öffentlichen Kartbahnen, wenn

- es sich um reine Freizeitfahrten handelt und
- die versicherte Person kein Berufs-, Lizenz-, Vertragssportler, Vertragsamateure oder Vereinsmitglied im Bereich Motorsport ist.

Ferner mitversichert ist die aktive Teilnahme an genehmigten Rennen, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist.

4.1.6 Kernenergie

Nicht versichert sind Unfälle, die

- unmittelbar oder
- mittelbar

durch Kernenergie verursacht sind.

4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

4.2.1 Psychische Reaktionen

Nicht versichert sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Hierzu Beispiele:

- *Posttraumatische Belastungs-Störung nach Beinbruch durch einen schweren Verkehrsunfall*
- *Angstzustände des Opfers einer Straftat*

4.2.1.1 Psychische und nervöse Störungen

Mitversichert sind die Folgen psychischer und nervöser Störungen

- die unmittelbar nach einem Unfall eintreten,
- ausschließlich auf eine durch den Unfall verursachte organische Verletzung des Nervensystems oder
- auf eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

Ist die psychische und nervöse Störung nicht durch eine organische Verletzung entstanden, wie z.B. eine posttraumatische Belastungsstörung oder ein Tinnitus, bleibt sie vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

4.2.2 Heilmaßnahmen oder Eingriffe

Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz über diesen Vertrag.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Hierzu ein Beispiel:

Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungs-Fehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.

Das Schneiden von

- Nägeln,
- Hühneraugen oder
- Hornhaut

gilt nicht als Heilmaßnahme oder Eingriff und ist deshalb mitversichert.

4.2.3 Infektionen

Ausgeschlossen sind Infektionen, die **nicht** nach § 1 Ziffer 1.4.4 versichert sind.

Für diese Infektionen besteht jedoch Versicherungsschutz

- wenn sie durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, und
- die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren (§ 4 Ziffer 4.2.2).

4.2.4 Strahlen

Nicht versichert sind Unfälle durch Strahlen.

Ausnahme:

Unfälle durch die Strahlen, die nach § 1 Ziffer 1.4.5 ausdrücklich versichert sind.

4.2.5 Schädigungen der Bandscheibe sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen

Vom Versicherungsschutz sind ausgeschlossen

- Schädigungen an Bandscheiben und
- Blutungen aus inneren Organen und
- Gehirnblutungen.

Ausnahmen:

Es besteht Versicherungsschutz

- bei Schädigungen an Bandscheiben, wenn neben der Bandscheibe weitere Körperteile verletzt sind und ein Unfallereignis die überwiegende Ursache ist,
- bei Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, wenn ein Unfallereignis die überwiegende Ursache ist.

4.2.6 Bauch- und Unterleibsbrüche

Vom Versicherungsschutz sind ausgeschlossen

- Bauch- und Unterleibsbrüche

Ausnahme:

Unter den Versicherungsschutz fällt ein Bauch- oder Unterleibsbruch dann, wenn er

- durch eine gewaltsame,
- von außen kommende,
- direkte Einwirkung

auf den Bauch- und Unterleibsbereich verursacht worden ist und die Einwirkung durch medizinische Befunde belegt wird.

Er fällt ebenfalls unter den Versicherungsschutz, wenn er

- durch eine erhöhte Kraftanstrengung

verursacht worden ist (siehe hierzu § 1 Ziffer 1.4.1.1).

§ 5
**Was passiert, wenn Unfall-
folgen mit Krankheiten oder
Gebrechen zusammentreffen?**

5.1 Krankheiten und Gebrechen

Als Unfallversicherer leisten wir ausschließlich für Unfallfolgen.

Darunter verstehen wir

- Schädigungen der Gesundheit und
- die Folgen von Schädigungen der Gesundheit

die durch ein Unfallereignis verursacht wurden.

Wir leisten nicht für

- Krankheiten sowie
- körperliche oder geistige Gebrechen.

Hierzu Beispiele:
Krankheiten sind z.B.

- *Diabetes,*
- *Gelenks-Erkrankungen,*
- *Osteoporose.*

Gebrechen sind z.B.

- *Fehlstellungen der Wirbelsäule,*
- *angeborene Sehnen-Verkürzungen,*
- *Schwerhörigkeit,*
- *Amputationen,*
- *anlagebedingte Bewegungseinschränkungen.*

5.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich

- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.
- bei allen anderen Leistungsarten die Leistung selbst, soweit dort nicht etwas anderes bestimmt ist.

Wir **verzichten** auf die Berücksichtigung eines Mitwirkungsanteils von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung und deren Folgen.

Wirkt allerdings mindestens eine der folgenden Krankheiten

- Diabetes mellitus,
- HIV / Aids,
- Multiple Sklerose,
- Alkoholsucht,
- Drogensucht,
- Morbus Parkinson,
- Morbus Paget,
- Polyneuropathie,
- Morbus Bechterew

an der Gesundheitsschädigung und deren Folgen mit, verzichten wir auf die Berücksichtigung nur dann, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 50 % beträgt.

Hierzu ein Beispiel:

Eine Beinverletzung hat zu einem Grad der Invalidität von 10 % geführt. Dabei hat ein Diabetes zu 50 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Grad der Invalidität beträgt 5 %.

		Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 %, nehmen wir keine Minderung vor.
		Die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung haben wir nachzuweisen.
§ 6 Nicht versicherbare Personen	6.1	Definition Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen ab Pflegegrad 3 im Sinne der sozialen Pflegeversicherung.
	6.2	Erlöschen des Versicherungsschutzes Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von § 6 Ziffer 6.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet für sie die Versicherung.
	6.3	Rückerstattung des Beitrags Den für die nicht versicherbare Person seit dem Eintritt der Versicherungsunfähigkeit gezahlten Beitrag erstatten wir Ihnen. Für den Erstattungsanspruch gilt die regelmäßige Verjährungsfrist von 3 Jahren gemäß § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB). Die Verjährungsfrist beginnt gemäß § 199 (1) BGB mit dem Schluss des Jahres, in dem der Erstattungsanspruch entstanden ist.
§ 7 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	7.1	Die Gefahrengruppen Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis. Wir stellen es Ihnen auf Anforderung sehr gerne digital zur Verfügung. In unserem Berufsgruppenverzeichnis unterteilen wir die Berufe in die 5 Gefahrengruppen A und B1 bis B4. Die einzelne Gefahrengruppe ist dabei maßgeblich für die Höhe des Beitrags. Hierbei ist die Gefahrengruppe A durch <ul style="list-style-type: none">• wenig gefahrgeneigte,• eher kaufmännische oder verwaltende Tätigkeiten geprägt. Die Gefahrengruppen B1 bis B4 sind durch <ul style="list-style-type: none">• zunehmend gefahrgeneigte,• eher körperlich handwerkliche Tätigkeiten geprägt. Übt eine versicherte Person <ul style="list-style-type: none">• Tätigkeiten der Gefahrengruppe A und• Tätigkeiten aus einer der Gefahrengruppen B1 bis B4 aus (z.B. Firmeninhaber, Meisterberufe), so erfolgt die Einstufung in die Gefahrengruppe A. Voraussetzung hierfür ist:

Der Anteil der körperlich handwerklichen Tätigkeiten macht nicht mehr als 20 % an der gesamten Berufstätigkeit aus.

7.2 Mitteilung der Änderung

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich anzeigen.

Die Ausübung nachfolgender Tätigkeiten gelten **nicht** als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung:

- freiwilliger Wehrdienst,
- militärische Reserveübungen,
- befristete freiwillige soziale Dienste (z.B. der Bundesfreiwilligendienst),
- freiwilliger Dienst in Hilfsorganisationen

Sie müssen uns deshalb nicht angezeigt werden.

Als Hilfsorganisationen gelten z.B.

- Freiwillige Feuerwehr,
- Rotes Kreuz,
- Johanniter Unfall-Hilfe,
- Malteser Hilfsdienst,
- THW,
- ASB

oder Ähnliche.

7.3 Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif **niedrigere** Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von 2 Monaten ab der Änderung.

Auf Ihren Wunsch hin führen wir den Vertrag in einem solchen Fall mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem Beitrag weiter. Den erhöhten Beitrag berechnen wir nach Ablauf von 2 Monaten, gerechnet ab dem Zeitpunkt, ab dem die neue Berufstätigkeit aufgenommen wurde.

Unterbleibt versehentlich die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit in der vorgesehenen Frist, so bleibt der Versicherungsschutz gleichfalls voll bestehen. Die Beitrags-Berechnung erfolgt nachträglich.

Errechnen sich dagegen **höhere** Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag in einem solchen Fall mit den bisherigen Versicherungssummen bei gesenktem Beitrag weiter. Den gesenkten Beitrag berechnen wir ab dem Zeitpunkt, zu dem uns Ihre Mitteilung zugeht.

7.4 Nicht versicherbare Berufe

Bieten wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person nach unseren Tarifen keinen Versicherungsschutz, so können wir den Vertrag kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam.

Unser Kündigungsrecht erlischt,

- wenn wir es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausüben, zu dem wir von der Änderung Kenntnis erlangt haben, oder
- wenn die versicherte Person ihre vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder

aufgenommen hat.

Haben Sie die Änderungsanzeige nicht unverzüglich gemacht, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem uns die Anzeige hätte zugehen müssen.

Bei grobfahrlässiger Verletzung Ihrer Pflicht zur unverzüglichen Anzeige sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weisen sie nach, dass Sie die Pflicht zur unverzüglichen Anzeige nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt unsere Verpflichtung zur Leistung bestehen.

Unsere Verpflichtung zur Leistung bleibt auch bestehen, wenn uns die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn bei Eintritt des Unfalls

- die Frist für die Kündigung unsererseits abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder
- wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalls und auf den Umfang der von uns zu erbringenden Leistung gehabt hat.

Für **zum Beispiel** die folgenden Berufe bieten wir nach unseren Tarifen keinen Versicherungsschutz:

- Akrobaten
- Berufssportler
- Dompteure
- Kunstreiter
- Munitionsräumer
- Rennreiter (Jockey)
- Sprengmeister
- Stuntwomen
- Stuntmen

§ 8 Was müssen Sie nach einem Unfall beachten? (Obliegenheiten)

Beachten Sie bitte nach einem Unfall zunächst die Fristen und Voraussetzungen der vereinbarten Leistungsarten, die in § 2 geregelt sind.

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

8.1 Hinzuziehen eines Arztes

Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person

- unverzüglich einen Arzt hinzuziehen,
- seine Anordnungen befolgen und
- uns unterrichten.

Bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie einen Arzt erst dann hinzuziehen oder die versicherte Person hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

8.2 Ausfüllen der Unfallanzeige

Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person

- wahrheitsgemäß ausfüllen und
- uns unverzüglich zurücksenden.

Von uns darüber hinaus erbetene sachdienliche Auskünfte müssen Sie oder die versicherte Person uns in gleicher Weise erteilen.

8.3 Untersuchung durch beauftragte Ärzte

Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Wir tragen

- die notwendigen Kosten und
- den Verdienstaussfall, der durch die Untersuchung entstanden ist.

Wird bei Selbständigen der Verdienstaussfall nicht konkret nachgewiesen, so erstatten wir einen festen Betrag, der 1/5‰ der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 300 EUR beträgt.

8.4 Auskünfte zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

8.5 Meldefrist nach Unfalltod

Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb der vorgesehenen Frist von sechs Monaten zu melden. Das gilt auch, wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Die Meldefrist beginnt erst, wenn

- Sie oder
- Ihre Erben oder
- die bezugsberechtigten Personen

Kenntnis vom Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfall-Ursächlichkeit haben.

Soweit es zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist, ist uns das Recht zu einer Obduktion zu verschaffen. Die Obduktion wird dann durch einen von uns beauftragten Arzt durchgeführt.

8.6 Verantwortlichkeiten für die Erfüllung der Obliegenheiten

Für die Erfüllung von Obliegenheiten ist neben Ihnen nach Maßgabe des § 47 VVG 2008 auch die versicherte Person verantwortlich. Insbesondere für solche Obliegenheiten, die nur in ihrer Person entstehen können.

§ 9 Welche Folgen haben die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in § 8 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z.B. E-Mail, Telefax oder Brief) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheits-Verletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

§ 10 Wann sind die Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind.

10.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen.

Die Frist beträgt

- bei der Invaliditätsleistung und
- der Unfallrente

drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei der Invaliditätsleistung und der Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

10.2 Fälligkeit der Leistung

Wir leisten innerhalb von zwei Wochen

- wenn wir den Anspruch anerkennen oder
- wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt haben.

10.3 Vorschüsse

Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - wenn Sie es wünschen - angemessene Vorschüsse.

Hierzu ein Beispiel:

Es steht fest, dass Sie von uns eine Invaliditätsleistung erhalten. Allerdings ist die Höhe der Leistung noch nicht bestimmbar.

Die Vorschüsse werden auf die endgültig fällig werdende Leistung angerechnet.

10.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.

Sie und wir sind berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich neu bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu 3 Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kin-

dem bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist für Sie und uns von drei auf fünf Jahre.

- Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.
- Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als wir sie bereits erbracht haben, so ist der Mehrbeitrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

§ 11 Die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander

11.1 Fremdversicherung

Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen zu.

Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einer anderen versicherten Person zustoßen (Fremdversicherung).

Stößt der anderen versicherten Person ein Unfall zu, so zahlen wir die Leistung dennoch an Sie.

Die Leistung steht aber nicht Ihnen sondern der versicherten Person zu.

Sie können bestimmen, ob Sie die Leistung selbst an die versicherte Person leiten wollen oder ob wir dieses für Sie übernehmen.

11.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

11.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

11.4 Erfüllung von Obliegenheiten

Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung von Obliegenheiten verantwortlich.

§ 12 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung in Textform beenden, wenn

- wir eine Leistung erbracht oder
- Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung zugegangen sein.

Im Falle eines Rechtsstreits muss die Kündigung spätestens einen Monat nach

- Klagerücknahme,
- Anerkenntnis,
- Vergleich oder
- Rechtskraft des Urteils

in Schriftform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt wirksam wird, spätestens jedoch zum Ende des Versicherungsjahres.

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

Wird der Vertrag gekündigt, haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

§ 13 Kündigung bei dauerhaftem Umzug ins Ausland

Die Unfallversicherung gilt nur dann, wenn Sie ihren Erstwohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Verlegen Sie ihren Wohnsitz dauerhaft ins Ausland, können Sie oder wir den Vertrag durch eine Kündigung in Textform beenden.

Ihr Kündigungsrecht bei einem dauerhaften Umzug ins Ausland:

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres.

Ausübung der Rechte durch uns:

Kündigen wir, müssen wir die Kündigung innerhalb eines Monats in Textform geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von dem dauerhaften Verzug ins Ausland Kenntnis erlangen. Unsere Kündigung wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie Ihren neuen Wohnsitz im Ausland bezogen haben.

§ 14 Anpassung der Beiträge an das Lebensalter der versicherten Person

14.1 Anpassung der Beiträge in der Kinder-Unfallversicherung

In der Kinder-Unfallversicherung kennen wir 2 Altersgruppen, nämlich

- von 0 bis 13 Jahre und
- von 14 bis 17 Jahre.

Ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 14. Geburtstag des versicherten Kindes folgt, erhöhen wir die Beiträge für die folgenden Leistungsarten um 50 %:

- Invaliditätsleistung
- Invaliditätsleistung mit Progression 225 %
- Invaliditätsleistung mit Progression 350 %
- Invaliditätsleistung mit Progression 500 %
- Invaliditätsleistung mit Progression 600 %
- Todesfalleistung
- Unfall-Krankenhaustagegeld
- Genesungsgeld
- Tagegeld

Welche der vorgenannten Leistungsarten Sie mit uns für das versicherte Kind vereinbart haben, das geht aus Ihrem Antrag und dem Versicherungsschein hervor.

14.2 Umstellung der Kinder-Unfallversicherung auf den Tarif für Erwachsene

Vollendet das versicherte Kind im laufenden Versicherungsjahr das 18. Lebensjahr (= 18. Geburtstag), stellen wir die Versicherung ab dem Beginn des folgenden Versicherungsjahres auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Tarif für Erwachsene der Gefahrengruppe A um.

Die zu diesem Zeitpunkt erreichten Versicherungssummen bleiben gleich.

14.3 Anpassung der Beiträge in der Unfallversicherung für Erwachsene

In der Unfallversicherung für Erwachsene kennen wir 5 Gefahrengruppengruppen, nämlich

- die Gefahrengruppe A
- die Gefahrengruppe B1
- die Gefahrengruppe B2
- die Gefahrengruppe B3

- die Gefahrengruppe B4

Was sich hinter diesen Gefahrengruppen verbirgt, das können Sie § 7 Ziffer 7.1 entnehmen.

In der **Gefahrengruppe A** erhöhen sich die Beiträge für die versicherte Person

- ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 51. Geburtstag folgt, bis zum Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 55. Geburtstag folgt, um jeweils 2 %,
- ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 56. Geburtstag folgt, bis zum Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 80. Geburtstag folgt, jeweils um 5 %.

In der **Gefahrengruppe B1** erhöhen sich die Beiträge für die versicherte Person

- ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 61. Geburtstag folgt, bis zum Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 70. Geburtstag folgt, um jeweils 4 %,
- ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 71. Geburtstag folgt, bis zum Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 80. Geburtstag folgt, jeweils um 5 %.

In der **Gefahrengruppe B2** erhöhen sich die Beiträge für die versicherte Person

- ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 61. Geburtstag folgt, bis zum Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 70. Geburtstag folgt, um jeweils 2 %,
- ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 71. Geburtstag folgt, bis zum Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 80. Geburtstag folgt, jeweils um 5 %.

In der **Gefahrengruppe B3** erhöhen sich die Beiträge für die versicherte Person

- ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 61. Geburtstag folgt, bis zum Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 70. Geburtstag folgt, um jeweils 1 %,
- ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 71. Geburtstag folgt, bis zum Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 80. Geburtstag folgt, jeweils um 5 %.

In der **Gefahrengruppe B4** erhöhen sich die Beiträge für die versicherte Person

- ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 71. Geburtstag folgt, bis zum Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 80. Geburtstag folgt, um jeweils 5 %,

Die zur jeweiligen Gefahrengruppe genannten prozentualen Erhöhungen des Beitrags gelten für die folgenden Leistungsarten

- Invaliditätsleistung
- Invaliditätsleistung mit Progression 225 %
- Invaliditätsleistung mit Progression 350 %
- Invaliditätsleistung mit Progression 500 %
- Invaliditätsleistung mit Progression 600 %
- Todesfallleistung
- Unfall-Krankenhaustagegeld
- Genesungsgeld
- Tagegeld
- CuraPlus

Welche der vorgenannten Leistungsarten Sie mit uns für die jeweilige versicherte Person vereinbart haben, das geht aus Ihrem Antrag und dem Versicherungsschein hervor.

§ 15 Mehrpersonennachlass

15.1 Voraussetzungen für den Mehrpersonennachlass

Wir gewähren Ihnen einen Mehrpersonennachlass in Höhe von 10 % auf den Beitrag, wenn

- mindestens 2 Personen über den Vertrag versichert sind.

15.2 Entfall des Mehrpersonennachlasses

Der gewährte Mehrpersonennachlass entfällt, sobald

- nur noch eine Person über den Vertrag versichert ist.

§ 16 Beitragsverzicht bei Arbeitslosigkeit

Werden Sie unverschuldet arbeitslos, verzichten wir für die Dauer der Arbeitslosigkeit auf zukünftig zu leistende Beitragszahlungen. Unser Beitragsverzicht gilt längstens für 12 Monate.

Voraussetzung für den Beitragsverzicht

- a) der Vertrag besteht seit mindestens 2 Jahren
- b) Sie waren vor der Arbeitslosigkeit
 - mindestens 12 Monate ohne Unterbrechung beschäftigt oder
 - in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis und mindestens für 1 Monat beschäftigtSind Sie selbstständig, gilt der Beitragsverzicht, wenn Sie Ihre selbstständige Tätigkeit unfreiwillig eingestellt haben (z.B.: Insolvenz). Dies ist bei einer Arbeitsunfähigkeit nicht der Fall.
- c) Sie sind bei der Agentur für Arbeit („Arbeitsamt“) als arbeitslos gemeldet. Die Agentur für Arbeit übernimmt nicht die Beitragszahlung. Dies gilt nicht für Selbstständige.
- d) Sie sind mit der Beitragszahlung nicht im Rückstand.

Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Nehmen Sie erneut eine Beschäftigung auf, entfällt der Beitragsverzicht mit Beginn des Monats, in dem Sie die Beschäftigung aufgenommen haben.

Der Beitragsverzicht kann nur einmal innerhalb von 5 Jahren in Anspruch genommen werden

§ 17 Wechselgarantie

17.1 Bessere Regulierung im Schadenfall

Ergibt sich im Schadenfall, dass Sie durch die Bedingungen Ihres Vorvertrags für die Unfallversicherung in Bezug auf den Versicherungsschutz bessergestellt gewesen wären, werden wir nach den Versicherungsbedingungen des letzten Vertragsstandes Ihres Vorvertrags regulieren.

17.2 Voraussetzungen

Die Wechselgarantie gilt unter folgenden Voraussetzungen:

- a. Es handelt sich um einen in Deutschland zugelassenen Versicherer.
- b. Der Umfang der Versicherung des Vorvertrages ist in Deutschland frei zugänglich.
- c. Sie haben uns durch Zusenden des Versicherungsscheins und der Versicherungsbedingungen Ihres Vorvertrages den besseren Umfang der Versicherung nachgewiesen.
- d. Der Ablauf des Vorvertrages entspricht dem Beginn unseres Vertrages (direkter Vorvertrag).
- e. Die Vorversicherung wurde uns bei Antragsstellung angegeben.
- f. Die Mitversicherung der Leistung erfolgte ohne Beitragszuschlag.
- g. Der Vorvertrag wurde nicht durch den anderen Versicherer gekündigt.

17.3 Ausschlüsse

Darüber hinaus gilt die Wechselgarantie nicht für Schäden die im Zusammenhang stehen mit

- a. Assistance-Dienstleistungen oder sonstigen versicherungsfremden Leistungen
- b. Leistungen, die durch eine tarifliche Zusatzvereinbarung versicherbar gewesen wären
- c. Einer sogenannten Best-Leistungs- oder Marktgarantie

17.4 Einschränkung der Leistung

Unsere erweiterte Leistung erfolgt bis zu den ausgewiesenen Versicherungssummen des anderen Versicherers, maximal jedoch bis zu den mit uns vereinbarten Versicherungssummen.

Informationen zu Ihrem Gothaer Garantie-Paket

Bedingungsgarantien: GDV Musterbedingungen und Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse

Unsere Versicherungsbedingungen für die Gothaer Privat Unfallversicherung Premium (Stand 10/2022) entsprechen in Bezug auf

- den dargestellten Versicherungsschutz,
- die Leistungsinhalte

folgenden Mindeststandards:

- **GDV Musterbedingungen**
Vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) empfohlene Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen AUB 2020, Stand Dezember 2020 (www.gdv.de).
- **Arbeitskreis Beratungsprozesse**
Unfall-Risikoanalyse mit Stand vom 28.09.2015 (www.beratungsprozesse.de).

Weichen unsere Versicherungsbedingungen in den beiden oben genannten Punkten zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses zum Nachteil des Versicherungsnehmers von diesen Mindeststandards ab, werden wir uns nicht darauf berufen. Bei der Regulierung werden wir die für den Versicherungsnehmer günstigeren Bedingungen anwenden.

Werden die oben genannten Mindeststandards nach Abschluss des Versicherungsvertrags erneuert, so erstreckt sich unsere Garantie nicht automatisch auch auf diese Neuerungen. Zu deren Einbeziehung ist eine Änderung bzw. Aktualisierung des Vertrages erforderlich.

Hinweis zu den nicht versicherbaren Personen ab Pflegegrad 3:

Die bisherige Regelung der GDV Musterbedingungen zu den nicht versicherbaren Personen wurde gestrichen. In unseren Bedingungen ist diese als Ziffer 6 nach wie vor enthalten.

Der Versicherte soll damit vor nicht gerechtfertigten Beitragszahlungen geschützt werden. Bei Personen ab dem Pflegegrad 3 ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass wir einen Beitrag erhalten, ohne dass ein nennenswertes Risiko besteht. Darin sehen wir eine Ausgestaltung des § 80 VVG - Fehlendes versichertes Interesse.

Innovationsklausel

Unsere Versicherungsbedingungen zur Gothaer Privat Unfallversicherung Premium (Stand 10/2022) werden ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert:

In diesem Fall gelten diese Vorteile ab dem Zeitpunkt der Änderung auch für alle Bestandsverträge, denen diese Versicherungsbedingungen zu Grunde liegen.